ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 3 (121). Rocznik IV. | Kraków, 17. 1. 1943 r.

Redaktor: Dr. med. Werner Kroll, Krakau, Albrechtstr. 11 a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Krakau, Albrechtstr. 11 a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Krakau, Albrechtstraße 11 a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Krakau, Adolf-Hitler-Platz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Krakau, — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie", Krakau, Albrechtstr. 11 a, lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim, bądź to niemieckim. Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer. Krakau, Albrechtstr. 11 a.

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

TREŚĆ:

Rady dla lekarzy celem zwalczania dżumy

Opracowane w Urzędzie Zdrowia Rzeszy

Z 15 padziernika 1942. — Reichsgesundheitsblatt 1942. Nr. 41 str. 743.

(Ciąg dalszy)

4. Przenoszenie

Przeniesienie dżumy ze szczura następuje przeważnie wskutek ukąszenia przez pchły szczurze, w żołądku których wprowadzone tam z krwią zarazki rozmnażają się silnie i pozostają długo jadowite.

Przeniesienie dżumy ze szczura na człowieka, co z reguły prowadzi przede wszystkim do wystąpienia dżumy dymieniczej (bubonowej, dżumy gruczołowej), przychodzi przeważnie do skutku w ten sposób, że pchły szczurze opuszczają padłego na dżumę szczura i w poszukiwaniu za pożywieniem przechodzą także na człowieka, gryząc go. Epidemie dżumy dymieniczej występują po większej części równocześnie z epidemiami wśród szczurów albo wkrótce po ich wybuchu.

Przechodząc ze szczura albo innego zwierzęcego ogniska zarazy na człowieka, dżuma może się w dalszym ciągu rozprzestrzeniać z człowieka na człowieka. Przy nieskomplikowanej dżumie dymieniczej niebezpieczeństwo zakażenia jest stosunkowo nieznaczne. Gdy w czasie pękania guzów zarazki dżumy wydostają się z ropą na zewnątrz, to w tym późnym okresie choroby są one zwykle już mało jadowite. Istotnie większe niebezpieczeństwo zakażenia powstaje natomiast wówczas, gdy dżuma dymienicza powikłana zostanie zapaleniem płuc (plwocina zawierająca prątki!), lub przechodzi w wyraźną posocznicę morową, w czasie której prątki wydalane są na zewnątrz często w znacznej ilości w wydzielinach i wydalinach (plwocina, stolec, mocz i in.).

Przeniesienie może nastąpić przez zakażenie mniejszych, czasem nawet niedostrzegalnych, uszkodzeń naskórka, szczególnie ran drapanych, dalej np. również przez pocieranie oczu zakażonymi palcami lub w podobnych okolicznościach, nie dochodzących nawet do świadomości danej osoby. Z drugiej strony zarazki mogą przenosić się z człowieka na człowieka również przy pomocy zakażonej bielizny i przedmiotów użytkowych, oraz przez pchły i inne ssące krew pasożyty, które zaraziły się od chorego.

5. Obraz choroby i jej przebieg

Dżuma gruczołowa

Dżuma dymienicza jest najczęstszą postacią dżumy. Zwykle w 2 do 5 dni po zakażeniu występuje uczucie zimna, bóle głowy i członków, gorączka a często dreszcze. Dalszymi oznakami choroby są: uczucie zawrotu głowy, wymioty, niekiedy lekka biegunka z domieszką krwi, dalej niepokój, odurzenie aż do senności i bredzenie. Blade *„oblicze morowe"* nacechowane jest ospałym i pełnym trwogi spojrzeniem, mowa jest często bełkotliwa lub jąkająca się, jak u pijanych. Chód bywa chwiejny i niepewny. Spojówki są mocno zaczerwienione i powstaje silny światłowstręt. Język jest silnie obłożony i suchy.

W drugim albo w trzecim dniu choroby występuje obrzmienie objętych procesem chorobowym gruczołów limfatycznych *(bubony)*. Z reguły chodzi o gruczoły limfatyczne leżące dośrodkowo względnie powyżej miejsca zakażenia. Częstokroć atoli nie występują w naczyniach limfatycznych, prowadzących do gruczołów chłonnych, jakiekolwiek

objawy zapalne. Rzadko miejsce zakażenia przekształca się w pierwotne ognisko o charakterze krosty albo rozwija się w karbunkuł.

Zależnie od miejsca zakażenia każdy zewnętrzny gruczoł chłonny może być pierwszym siedliskiem choroby. W przeważającej większości wypadków powstaje jego powiększenie (bubo) w pachwinie lub w górnym trójkącie udowym, często pod pachą albo — szczególnie u dzieci — na szyi; w pojedynczych przypadkach zapaleniem objęte są gruczoły potylicy, w zgięciu łokciowym, w dole kolanowym, z przodu i z tyłu ucha, gruczoły podszczękowe itd. Często obserwuje się zewnętrzne gruczoły limfatyczne w stanie nieznacznego podrażnienia albo pozornie pominięte przez zarazek chorobowy, podczas gdy głębiej położone gruczoły odpowiednie rozwijają się w bubony, tak że np. gruczoły uda pozostają nietknięte, a powstaje wielki guz okrężnicy *(bubo ileocoecalis)* albo guz lędźwiowy *(bubo lumbalis)*, który wyczuwa się przez powłoki brzuszne jako naciek okołookątniczy. Również gruczoł na szyi może być nieznacznie obrzmiały a lekkie stłumienie w okolicy obojczyka lub objawy ucisku na organa szyi mogą zdradzać tworzenie się bubo w górnej części klatki piersiowej. Przy bubo można albo wyraźnie namacać poszczególne powiększone gruczoły, albo też zapalenie tkanki podścieliskowej umieszcza je w zbitym nacieku, który nieznacznie tylko odcina się od otoczenia, a często także otoczony jest ciastowatym obrzękiem, sięgającym daleko w głąb tkanki sąsiedniej i wystającym ponad skórę. Wrażliwość na ucisk jest przy bubo daleko większa aniżeli samorodny ból, tak że chory przy spokojnym zginaniu w pół części członków, w których rozwija się bubo, nie odczuwa żadnego bólu. Mały guz często bywa zupełnie niezauważony przez chorego i jego otoczenie, tak że lekarz musi wszystkie dostępne gruczoły uważnie obmacać i często ponownie dokładnie przebadać chorego.

Bubo dżumy jest zdolny do cofania się albo rozmiękania. Przy rozmiękaniu guzów i przebiciu na zewnątrz zawartej w nich ropy powstają często wielkie jamy ropne, które wielokrotnie goją się, pozostawiając wielkie blizny, z których jednakowoż mogą powstawać również ciężkie ropowice. Bubony mogą również powodować zagrażające życiu krwotoki z nadżerek naczyniowych.

Z bubo pierwotnego wnikają prątki dżumy w ciężkich przypadkach do dróg krwionośnych. Wskutek tego powstaje posocznica dżumowa, w której zarazki rozmnażają się we krwi i we wszystkich narządach. Posocznica dżumy, charakteryzująca się szybkim powstawaniem znacznego obrzęku śledziony i prędkim pogarszaniem się ogólnego stanu, rzadko kończy się wyleczeniem.

Również występowanie przerzutowego zapalenia płuc oznacza ciężkie powikłanie. Nierzadko dołączają się rozległe nieżyty oskrzeli. W obu wypadkach plwocina jeszcze długie tygodnie w czasie zdrowienia może zawierać prątki dżumy.

Dżuma płucna

występuje na ogół rzadziej aniżeli dżuma gruczołowa, lecz w niektórych okresach epidemii bywa częstszą i przebiega prawie dokładnie tak, jak ostre kataralne zapalenie płuc. Po 1 do 7-dniowym okresie wylęgania rozwija się bardzo ciężki obraz chorobowy wśród podobnych objawów, jak przy dżumie gruczołowej (dreszcze, biegunka i in.), jak również wśród gwałtownego wzrostu temperatury, niepokoju, popędu do zmiany miejsca. Wcześnie występuje kaszel i duszność. Plwocina jest krwawa, surowicza i zawiera znaczną ilość prątków dżumy. Badaniem fizykalnym dadzą się wykazać mniejsze odoskrzelowe albo wyraźnie płatowe ogniska zapalne. Śmierć następuje przeważnie na drugi albo trzeci dzień wśród daleko posuniętej sinicy i zapadu; czasem jednak występuje ona również zanim dadzą się w ogóle wyraźnie wykazać kliniczne oznaki dżumy płucnej. Częstokroć dżuma płucna przechodzi w swym końcowym okresie w posocznicę dżumy.

Przy

dżumie skórnej

która nie często występuje, pojawiają się krwawienia skóry w każdej postaci i rozległości. W skórze powstają małe zaczerwienione plamki, które przechodzą w krosty i pęcherzyki o mętnej treści, zawierającej prątki dżumy, o ciemno czerwonych brzegach, tworząc dalej czyraki i karbunkuły. Karbunkuł dżumy jest zupełnie podobny do wąglika. Po rozpadnięciu się karbunkułu powstają większych rozmiarów owrzodzenia i jamy ropne. Do zakażenia skóry dołącza się następnie zakażenie sąsiednich gruczołów i naczyń chłonnych.

Podobnie jak na skórze, zakażenie dżumą może rozpocząć się także w błonie śluzowej, szczególnie jamy ustnej, nosa i gardła albo też w migdałkach (dżuma migdałków). Migdałki są przy tym obłożone podobnie jak przy błonicy.

We wszystkich postaciach dżumy występuje znaczne uszkodzenie narządów krążenia i wczesne osłabienie serca. Często występują również ciężkie zaburzenia czynności mózgu, meningismus i objawy podrażnienia przewodu pokarmowego. Brzuch jest przy tym wzdęty, a w okolicy nad pępkiem i kątnicy wrażliwy na ucisk. Śledziona bywa często powiększona. Mocz zawiera przeważnie ślady białka, czasami także krew i prątki dżumy.

W obrazie krwi stwierdza się znaczną leukocytozę do 50.000 z przesunięciem na lewo, ze względnym zwiększeniem ilości lymfocytów.

Przebieg.

Przebieg zachorowań na dżumę jest tak różny, że niektóre przypadki dżumy skórnej i gruczołowej mogą przebiegać dość łagodnie bez specjalnych oznak chorobowych, podczas gdy z drugiej strony dżuma płucna z reguły kończy się prędką śmiercią wśród ciężkich objawów. W postaci dżumy dymienicznej bubony szyi warunkują niekorzystny przebieg choroby; przy nich śmierć następuje często przez uduszenie. Zdarzają się również przypadki, w czasie których przed wystąpieniem jakichkolwiek oznak umiejscowienia, nawet zanim jeszcze chory uświadomi sobie swoje cierpienie, następuje błyskawicznie śmierć. Trzeci albo nawet czwarty dzień choroby przeważnie przynosi spadek gorączki, a bardzo często równocześnie śmierć. Gdy chory ten dzień przetrzyma, to albo może już w dalszym ciągu nie mieć gorączki i wyzdrowieć, albo gorączka rozpoczyna się na nowo i trwa w dalszym ciągu jak dotychczas bez lub z remisjami. W szóstym i dziewiątym dniu choroby zarysowują się prawie regularnie znowu głębokie spadki krzywej temperatury i tętna, tak że dalsze trwanie

choroby, która wyjątkowo przeciąga się sama poza okres 2 tygodni, zdaje się być uwarunkowane reinfekcją, która wyrazić się może powstawaniem nowych wtórnych bubonów. Ciepłota ciała przy gorączce dochodzi do 39—40 ° C, często jednak może wynosić mniej; wzrost do 41 ° albo zatrzymanie się na tej wysokości czy też większej obserwuje się nierzadko, zwłaszcza w początkach choroby lub reinfekcji. Przed śmiercią ciepłota ciała obniża się prędko przy równoczesnej szybkiej utracie sił albo też opada gwałtownie; może ona jednakowoż jeszcze podnieść się i utrzymać się nawet na zwłokach w wysokości 42° i więcej.

Przedstawiony przebieg gorączki przy dżumie w pewnych wypadkach może ulec zaburzeniu wskutek dołączających się innych jakichś zakażeń. Nierzadko dołączają się również do właściwego zachorzenia na dżumę inne zakażenia ze swoistą dla siebie gorączką, tak np. zakażenie paciorkowcami, gronkowcami, dwoinkami zapalenia płuc, albo bakcylami grypy.

Śmierć może przerwać chorobę w każdym stadium. Powodem śmierci może być powolne lub nagłe wystąpienie osłabienia narządu krążenia, niekiedy zaś uduszenie. Obrzęk płuc, czasem także obrzęk krtani są często również końcowymi objawami.

Zdrowienie ciągnie się w ciężkich przypadkach długo. Jeszcze po upływie tygodni i miesięcy, charlejąc coraz bardziej, giną niektórzy chorzy wskutek przewlekłego ropienia, postępującego zwyrodnienia narządów wewnętrznych albo wzrastającej niedokrwistości. Zdarzają się również wypadki nagłej śmierci wskutek udaru serca nawet u pozornie wyleczonych. Niekiedy występuje po upływie dość długiego czasu śmiertelne dżumowe zapalenie opon mózgowych. Wtórne zakażenia, szczególnie dróg oddechowych przy niedostatecznej pielęgnacji i nieczystym otoczeniu w okresie zdrowienia, prowadzą do śmierci.

Wśród chorób następowych odgrywają wielką rolę porażenia najróżniejszych nerwów.

Wskutek przebycia dżumy nabiera człowiek odporności, przeważnie długotrwałej. Rzadko tylko poszczególne osoby zapadają ponownie na tę chorobę; w każdym razie następne zachorowania mają przebieg bardzo lekki.

6. Rozpoznanie.

Przy grożącym niebezpieczeństwie wystąpienia dżumy znaczenie ma rozpoznanie pierwszych przypadków jako warunek wstępny do wczesnego i skutecznego zwalczania szerzenia się dżumy.

Tymczasowe rozpoznanie dżumy albo podejrzenia o dżumę może być postawione często już na podstawie opisanych objawów. Rozpoznanie kliniczne wymaga zawsze potwierdzenia przez badanie bakteriologiczne, gdyż bez tego pewne rozpoznanie dżumy przeważnie jest niemożliwe.

Wydanie stanowczego orzeczenia jest zatem możliwe tylko przy zastosowaniu bakteriologicznych metod badania.

Właściwym materiałem do badań, pochodzącym od ludzi żywych, są wymazy, uzyskane przy pomocy nacięcia próbnego albo nakłucia z substancji gruczołowej, dalej dla kultur i doświadczeń nad zwierzętami nadaje się sok szczególnie ze świeżo schorzałych gruczołów i ciecz tkankowa, ropa, plwocina i krew. W tym materiale łatwo dają się wykazać typowe zarazki. Przez nakłucie wątroby można również uzyskać odpowiedni materiał badawczy. Ze zwłok należy przesłać do badania schorzały gruczoł, kawałek śledziony wielkości orzecha laskowego, wycinek chorych lub podejrzanych o chorobę części płuc i 10—20 cm^3 krwi.

Przy pobieraniu materiału do badań należy przestrzegać odnośnych urzędowych zarządzeń (załącznik 1 do zarządzenia Rady Związkowej w celu zwalczania dżumy z 3 lipca 1902). Otwarcia zwłok z reguły dokonuje się tylko tak dalece, jak tego wymaga uzyskanie właściwego materiału do badań laboratoryjnych.

W okresie masowego pomoru szczurów musi się zawsze myśleć o możliwości dżumy szczurzej, tym więcej w czasie zagrażającego niebezpieczeństwa dżumy, jak również w czasie stwierdzonego już podejrzanego zachorowania człowieka na dżumę. Dla ustalenia rozpoznania należy przesłać nieżywe szczury w możliwie świeżym stanie i jak najspieszniej do właściwej stacji badawczej. Przy tym należy unikać dotykania zwierząt. Celowe jest zawinięcie ich w płótno przepojone płynem odkażającym i wykręcone. Paczkę tę należy owinąć w suche płótno, a następnie otulone wełną drzewną lub podobnym materiałem zapakować w mocną skrzynkę.

Dla przeprowadzania badań nad materiałem dżumowym w Niemczech powołane są, oprócz wymienionych w zarządzeniu Rady Związkowej z 3 lipca 1902 (§ 35) stacji doświadczalnych, następujące placówki: Instytut Roberta Kocha w Berlinie N 65, Föhrerstr. 2, Instytut dla badania chorób okrętowych i tropikalnych w Hamburgu, albo Instytut Higieniczny w Bremie, dalej Instytut Higieniczny w Gelsenkirchen i Zakłady Behringa w Marburgu.

Wysyłka prób do tych stacyj następuje — o ile ze względu na nieznaczną odległość nie jest bardziej celowe posłużenie się zaufanym posłańcem — za pośrednictwem pocztowym oznaczonym jako ,,przesyłka

---

pospieszna". O dokonaniu przesyłki należy stację badawczą powiadomić telegraficznie.

Dla przesyłania małych ilości płynów i ropy używa się naczyń, które łatwo wsuwać można w blaszane naczynia ochronne i wraz z nimi umieszczać w wydrążonych drewnianych pniaczkach. Tego rodzaju naczynia i pniaczki ochronne mogą być pobierane bezpłatnie przez placówki podane przez władze (np. w Prusiech i w Bawarii — w aptekach). Dla wysyłki większych części tkanek itd. służą flaszki na proszek o silnych ścianach i szerokich szyjkach, zamykane oszlifowanym korkiem szklanym albo świeżo wygotowanym korkiem, które należy owinąć papierem pergaminowym.

Do zapakowania naczyń ochronnych i pniaczków drewnianych, zawierających wsunięte naczynia, należy używać tylko mocnych skrzynek (nie pudełek tekturowych lub skrzyneczek z cygar itp.). Szczególnie naczynia ochronne blaszane należy w ten sposób opakować w skrzynce przy pomocy waty drzewnej itp., ażeby nie poruszały się i wzajemnie nie uderzały o siebie. Szkła zawierające ciecz z gruczołów, ropę itd. owija się w bibułę i pakuje z watą do specjalnego pudełeczka, które również umieszcza się w skrzynce. Przesyłkę owiązuje się silnym szpagatem, pieczętuje i zaopatruje uwagą „ostrożnie!".

Do każdej przesyłki należy dołączyć wykaz obejmujący nazwisko, płeć, wiek i miejsce zamieszkania chorego, przypuszczalny rodzaj choroby, datę zachorowania, datę ewentualnej śmierci, datę pobrania materiału do badania oraz nazwisko i adres lekarza, który pobrał materiał, przy czym również należy wymienić placówkę, której ma się podać wynik badania.

Przeznaczone do badania próby należy bezpośrednio po pobraniu zapakować i wysłać, gdyż inaczej wynik badania może być wątpliwy.

Celem badania bakteriologicznego jest wykazanie prątków dżumy. Wykazanie swoistych aglutynin (odpowiednio do reakcji Gruber-Widal przy durze brzusznym i innych swoistych antyciał ma niewielkie znaczenie dla praktycznego rozpoznania zachorzenia na dżumę, ponieważ antyciała nie występują regularnie i często dopiero później, w czasie gdy rozpoznanie po większej części i tak już zostało ustalone. Niekiedy u osób, które przeszły podejrzaną chorobę, możliwe jest dodatkowe stwierdzenie przy pomocy właściwych aglutynin, że chodziło tu właśnie o dżumę.

7. Leczenie.

W każdym wypadku stwierdzenia dżumy, czy tylko podejrzenia tejże, wskazany jest zastrzyk surowicy przeciwdżumowej. Powinien on nastąpić możliwie jak najwcześniej. Najlepiej jest surowicę wstrzykiwać dożylnie, czasami (gdy np. zastrzyki dożylne natrafiają na trudności) domięśniowo. Wielkość dawek surowicy podana jest w dołączonych do opakowania surowicy prospektach. Zasadniczo wstrzykuje się wielkie dawki. Celowe jest dalsze stosowanie zastrzyków po 2 — 3 dniach, stosownie jednak do okoliczności należy je stosować wcześniej, a także można je kilkakrotnie powtórzyć. Na 3 — 4 godziny przed zastrzykiem pierwszej dawki surowicy wstrzykuje się podskórnie 1 cm³ surowicy celem zapobieżenia ewentualnemu wstrząsowi anafilaktycznemu. Gdzie nie ma do dyspozycji surowicy przeciwdżumowej, można w razie potrzeby użyć surowicy ozdrowieńców.

Po dokonanym zastrzyku surowicy winien lekarz wypełnić dokładnie dołączony do paczki druk i wręczyć go pacjentowi, względnie jego opiekunowi, z pouczeniem, iż na wypadek ponownej konieczności leczenia należy to poświadczenie przedłożyć odnośnemu lekarzowi (Rd. Erl. d. RMind I z 2. VII. 1941 — Reichsgesundheitsbl. 1941 S. 578).

W celu właściwego leczenia poleca się również zastrzyki 2 — 5 cm³ świeżego preparatu tzw. Pestphagen dożylnie, domięśniowo, albo do chorej tkanki.

Bubo dżumy leczy się przede wszystkim zachowawczo przy pomocy okładów z lodu. Przeciwwskazane jest wczesne nacięcie dymienicy dżumowej.

Zresztą przy dżumie należy stosować leczenie objawowe. Przy leczeniu osłabienia serca stosuje się środki nasercowe (*Strophantynę, Sympathol, kofeinę, adrenalinę* i in.).

8. Zapobieganie i zwalczanie.

Właściwa profilaktyka polega na biernym i czynnym uodpornianiu. Uodpornianie bierne, które stosuje się z uwagi na szybkie działanie szczególnie u lekarzy, personelu pielęgniarskiego i dezynfektorów, polega na podskórnym wstrzykiwaniu 10—50 cm³ surowicy przeciwdżumowej. Daje to wprawdzie szybką, ale trwającą zaledwie około 2 tygodni i ponadto jedynie względną ochronę.

Odporność czynną uzyskuje się po szczepieniu ochronnym przy pomocy szczepionek, wytworzonych z prątków dżumy lub ich wyciągów. Stosuje się je tam, gdzie chodzi o zabezpieczenie przed tą chorobą większej liczby osób, które dotąd nie chorowały na dżumę, ale w przyszłości mogłyby być narażone na niebezpieczeństwo zakażenia się. Szczepienie ochronne nie daje jednakowoż bezwzględnego zabezpieczenia przed chorobą. Trzeba przyznać, że rzeczywiście obniża ono zapadalność na dżumę a przy dżumie dymieniczej śmiertelność. Dawki i ilości zastrzyków zmieniają się zależnie od rodzaju rozporządzalnych szczepionek. Należy stosować się każdorazowo do wskazówek dołączonych do opakowań, względnie poprzednio już podanych do wiadomości. Działanie ochronne trwa przypuszczalnie około 6 miesięcy.

W Niemczech zapewniono wogóle zwalczanie dżumy, jak również wymagane środki zaradcze dla zapobieżenia dalszemu rozszerzaniu się tej choroby, przez ustawę z 30 czerwca 1900 (Reichsgesetzbl. 1900 str. 306) i odnośnych rozporządzeń wykonawczych. Dokładne przepisy daje urzędowe „zarządzenie celem zwalczania dżumy" z 3 lipca 1902 (Springer-Verlag, Berlin).

Większe znaczenie ma walka ze szczurami, która ma do spełnienia trojakie zadanie. Walka ta musi wytępić szczury, odebrać im pożywienie i kąty dające schronienie oraz możliwość zakładania gniazd. Do tępienia szczurów służą, oprócz łapek na szczury, także trucizny (przetwory z cebuli morskiej, pasta Celio itd), dalej gazowanie i wykurzanie dwutlenkiem siarki, preparatami dwusiarczku węgla, tlenkiem węgla, gazem drzewnym albo cjanowodorem (Cyklon B, ostrożnie!). Do tępienia szczurów przyczynia się dalej podnoszenie stanu higienicznego zaszczurzonych domów, osiedli i dzielnic miasta, wygładzanie szczurów, usuwanie ich kryjówek. Bliższe informacje na temat skutecznego zwalczania szczu-

rów znajdują się w opracowanej przez Urząd Zdrowia Rzeszy ulotce „Zwalczanie szczurów i myszy domowych" (Springer-Verlag, Berlin).

Zawleczenie dżumy przez szczury może nastąpić także drogą morską. Ważnym środkiem przeciwko zawleczeniu dżumy w okolice wolne od tej zarazy jest powtarzane w niezbyt długich odstępach czasu stałe odszczurzanie okrętów i energiczne zwalczanie szczurów w portach. Przeprowadzanie ich reguluje międzynarodowa umowa (międzynarodowa umowa sanitarna z 21. czerwca 1926). Wpływające do portów okręty poddawane są oględzinom lekarskim a w razie potrzeby gruntownej kwarantannie.

Międzynarodowa umowa sanitarna dla komunikacji lotniczej z 12 kwietnia 1933 (porówn. dodatek do Reichs-Gesundheitsblatt 1936, Nr. 2) zawiera postanowienia dotyczące zapobiegania przenoszenia dżumy drogą międzynarodowej komunikacji lotniczej.

Osoby, które zachorowały na dżumę, albo podejrzane są o tę chorobę, muszą być natychmiast odosobnione. To samo dotyczy osób podejrzanych o zakażenie, o ile lekarz urzędowy nie uzna za wystarczający tylko zwykły rodzaj obserwacji. Celowe jest odosobnienie przez umieszczenie w szpitalu, co zarazem zabezpiecza najlepiej stały nadzór lekarski i fachową pielęgnację. Umieszczenie w szpitalu albo innym odpowiednim zakładzie może być zarządzone na wniosek urzędu zdrowia przez miejscowe władze policyjne, nawet wbrew woli dotyczącej osoby (§ 11 rozporządzenia o zwalczaniu chorób zaraźliwych z 1 grudnia 1938, Reichsgesetzbl. 1938 I, str. 1721).

Jeżeli umieszczenie w szpitalu jest wyjątkowo niemożliwe, n. p. wskutek przepełnienia podczas większej epidemii dżumy szpitali lub zaimprowizowanych lazaretów pomocniczych, należy umieścić chorego w pokoju możliwie oddzielonym od innych. Należy unikać wszelkiego zbytecznego stykania się z chorym.

Mieszkania lub domy, w których znajdują się osoby chore na dżumę, należy specjalnie oznaczyć. W pewnych okolicznościach, np. przy większej ilości wypadków dżumy, dalej podczas wybuchu dżumy wśród szczurów i myszy domu itd., koniecznym jest zupełne opróżnienie domów, w których przebywają chorzy na dżumę. Wszystkich mieszkańców domu, w którym zaszedł wypadek dżumy, należy poddać badaniu lekarskiemu co do stanu ich zdrowia. Gdy zachodzi potrzeba, należy ich również odosobnić. Dzieciom z domów czy rodzin, gdzie zaszedł wypadek zachorowania na dżumę — jeżeli nie zostały odosobnione — należy zabronić uczęszczania do szkół, zakładów młodzieży (H. J.), udziału w służbie młodzieży i wogóle stykania się z innymi dziećmi. Także dorośli krewni czy współmieszkańcy chorych na dżumę — jeżeli nie zostali w mniejszym czy większym stopniu odosobnieni — muszą zaniechać stykania się z innymi osobami.

Celem uniknięcia roznoszenia choroby należy zarówno pokój chorego, jak i jego łóżko możliwie jak najprościej urządzić względnie zaścielić. Dywany i firanki najlepiej usunąć.

Osobom zajmującym się pielęgnacją chorych na dżumę należy zwrócić uwagę na niebezpieczeństwo zakażenia się. W pokoju chorego mają one nosić wierzchnie ubrana do prania, a zdejmować je należy tylko przy opuszczaniu pokoju chorego. Dla ochrony przeciwko prątkom dżumy, wydalanym na zewnątrz podczas kaszlu przez chorych z zajęciem płuc lub oskrzeli, powinny osoby pielęgnujące przebywać w pokoju chorego stale z maską na twarzy. Jest to wymagane nie tylko przy dżumie płucnej, ale również przy dżumie dymieniczej, gdyż przy niej każdego czasu może dojść do powstania dżumowego zapalenia płuc lub oskrzeli. Osoby pielęgnujące po każdorazowym udzieleniu pomocy choremu, szczególnie po każdym zetknięciu się z wydzielinami chorego, zmianie jego bielizny i in. jak również przed każdym opuszczeniem pokoju chorego, muszą czyścić ręce płynem odkażającym przy pomocy szczoteczki a następnie umyć je ciepłą wodą i mydłem. W tym celu należy mieć zawsze w pogotowiu w pokoju chorego miednicę z roztworem środka odkażającego, która powinna być stale trzymana w porządku.

Osoby pielęgnujące należy poinformować, aby zwracały baczną uwagę na małe nawet zranienia rąk czy przedramienia i w danym wypadku odkażały je, np. przy pomocy *„Sepsotinktur"* i odpowiednio je opatrunkiem chroniły. Nie powinny one przyjmować posiłków ani też pić w pokoju chorego.

W czasie choroby wskazana jest nadzwyczajna czystość. Przedmioty, których dotykał chory, należy odkazić przed dalszym użyciem.

(C. d. n.)

Bekanntmachungen
und Verordnungen, die den Gesamtumfang der Gesundheitskammer betreffen

Regierung des Generalgouvernements
Hauptabteilung Innere Verwaltung
Abteilung Gesundheitswesen

Krakau, den 22. Dezember 1942

BEKANNTMACHUNG

Nachstehende Sera, Impfstoffe, Organopräparate und Diagnostische Präparate des Staatlichen Institutes für Hygiene verlieren in der Zeit vom 1. 12. 1942 bis 31. 12. 1942 ihre Gültigkeit:

Obwieszczenia
i rozporządzenia dot. całokształtu Izby Zdrowia

Rząd Generalnego Gubernatorstwa
Główny Wydział Spraw Wewnętrznych
Wydział Spraw Zdrowotnych

Kraków, dnia 22 grudnia 1942

OBWIESZCZENIE

Następujące surowice, szczepionki, organopreparaty i preparaty diagnostyczne Państwowego Instytutu Higieny tracą swą ważność w czasie od 1 grudnia 1942 do 31 grudnia 1942:

	Serie	Gültig bis
Typhus-Impfstoff gemischt .	1705—1707	30. 12. 42
,, ,, ,, .	1735—1740	5. 12. 42
,, ,, ,, .	1741—1745	30. 12. 42
Impfstoff gegen Asthma . .	47	30. 12. 42
Impfstoff nach Delbet . . .	175—176	30. 12. 42
Blennovaccine	397	30. 12. 42
Insulin a 40 Emh. in 1 ccm . .	289	7. 12. 42
Isoagglutinin	128	30. 12. 42
Agglut. Serum Shiga	12	30. 12. 42
Citochol-Antigen	97	1. 12. 42
Bakterienaufschwemmungen:		
Paratyphus A	271	30. 12. 42
Paratyphus C	272	30. 12. 42
Typhus	274	30. 12. 42

Im Auftrage:
(—) **Dr. Martinius**
Pharmazierat

	Serie	Ważne do
Szczepionka przeciw durowi brzuszn. miesz.	1705—1707	30. 12. 42
Szczepionka przeciw durowi brzuszn. miesz.	1735—1740	5. 12. 42
Szczepionka przeciw durowi brzuszn. miesz.	1741—1745	30. 12. 42
Szczepionka przeciw dychawicy	47	30. 12. 42
Szczepionka w/g Delbeta . .	175—176	30. 12. 42
Blennovaccine	397	30. 12. 42
Insulina po 40 jedn. w 1 ccm .	289	7. 12. 42
Isoagglutynina	128	30. 12. 42
Surowica agglut. Shiga . . .	12	30. 12. 42
Antygen cytocholowy . . .	97	1. 12. 42
Zawiesiny bakteryjne:		
Paradur A	271	30. 12. 42
Paradur C	272	30. 12. 42
Dur brzuszny	274	30. 12. 42

Z polecenia:
(—) **Dr. Martinius**
Radca farmacji

NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY W KRAKOWIE
na dzień 17 stycznia 1942

Lekarze ogólni:
Dr Baranowski Włodzimierz, Kościuszki 52a
Dr Bednarek Franciszek, Starowiślna 21
Dr Białek Stanisław, Lubicz 27
Lek. Bieniasz Jan, Mogilska 13b
Dr Bieńkiewicz August, Plac na Groblach 8
Lek. Bochenek Michał, Bieżanów - Kolonia
Lek. Borszewski Jerzy, Jasna 10

Lekarze chorób kobiecych:
Dr Jaugustyn Stanisław, Sławkowska 20
Dr Kapitain Eugeniusz, Starowiślna 21
Dr Kasprzyk Mieczysław, Grzegórzecka 46

Lekarze chorób dziecięcych:
Dr Löwenhoff Stefania, Bonifraterska 1
Dr Nowak Tadeusz, św. Kingi 3

Chirurdzy:
Lek. Kalitowski Czesław, Trynitarska 11
Dr Kania Henryk, Dietla 85

Dermatolog:
Dr Żychowicz Adam, Długa 33

Neurolog:
Dr Sikorska Aurelia, Biskupia 10

Lekarze dentyści:
Dr Chutkowski Tadeusz, Zygmunta Augusta 5
Lek. Aumüller Irena, Bronowicka 37
Lek. Jaśkiewicz Jan, Floriańska 19
Lek. Urbanowicz Zofia, Starowiślna 42
Lek. Stalony-Dobrzańska, Kazim. Wielkiego 89

Uprawniony technik dentys:ycznyt
Tarczydło Jan, Szlak 23

NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY W KRAKOWIE
na dzień 24. I. 1943

Lekarze ogólni:
Lek. Brzycki Michał, Król. Jadwigi 29
Dr. Budzyński Kazimierz, Braci Dudzińskich 4/1
Lek. Buraczewska Sabina, Orzeszkowej 6
Dr. Butrym Adam, Starowiślna 39
Lek. Capińska Krystyna, Zielona 4
Dr. Ceptowski Józef, Wola Duchacka -- Orkana 7
Lek. Chmielarczyk Władysław, Lenartowicza 9

Lekarze chorób kobiecych:
Dr. Kelhofer Artur, Starowiślna 70
Dr. Konstantynowicz Antoni, Dietla 85
Lek. Lewicka Wanda, Smoleńsk 10

Lekarze chorób dziecięcych:
Dr. Pająkowa Eugenia, Lubelska 24
Lek. Piotrowski Marian, Topolowa 35

Chirurdzy:
Dr. Knoreck Jan, Ostring 3
Dr. Kostarczyk Stanisław, Friedleina 12

Dermatolog:
Dr. Żydłowicz Władysław, Floriańska 22

Neurolog:
Dr. Szarf Zygmunt, Starowiślna 33

Lekarze dentyści:
Dr. Czadowski Edmund, Radziwiłłowska 8 b
Lek. Pielowa-Brożyna Zofia, Pierackiego 9
Lek. Małyszczyk Jadwiga, Kasprowicza 15/4
Lek. Maryniakowa Helena, Limanowskiego 18
Lek. Stankiewicz Witold, Pierackiego 25

Uprawniony technik dentystyczny:
Mühlradówna Gabriela, Zamojskiego 5

Druk: Z. K. W. Kraków, Universitätsstraße 19a